

Aleksandra Duława, Konrad Dzikowski, Anna Kacperek,
Bartosz Puk, Małgorzata Zajączkowska

RAMY CZASOWE A EFEKTYWNOŚĆ PSYCHOTERAPII

TIME LIMITS AND THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Psychoterapii CM UJ
Opiekun Koła Naukowego: Bartosz Puk

Autorzy, członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze Psychoterapii CM UJ, analizują zmienność efektywności leczenia pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, leczonych w oddziale dziennym Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie. Jednym z podstawowych kryteriów uwzględnionych w badaniach jest czas trwania terapii. Artykuł powstał na bazie referatu wygłoszonego na XL Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich w Krakowie w 2001 roku.

psychotherapy

Wstęp

W praktyce klinicznej spotyka się wiele różnych modeli psychoterapii, zarówno krótko-, jak i długoterminowych, opartych na wielorakich założeniach teoretycznych. Za pierwszą krótkoterminową psychoterapię uważa się terapię Katarzyny, kobiety cierpiącej na silne dolegliwości histeryczne, której Freud pomógł w czasie jednego spotkania (około 1900 roku). Udokumentowane przypadki krótkich terapii w praktyce Freuda to Anna O., człowiek-szczur i Dora — histeryczna pacjentka, która leczona była przez Freuda przez 11 tygodni.

Przeprowadzona przez Malana w 1973 r. analiza przebiegu i wyników psychoterapii, poparta danymi statystycznymi i katamnesticznymi, udowodniła, że w warunkach analitycznej, krótkoterminowej psychoterapii możliwe jest uzyskanie poprawy lub wyleczenie nawet bardzo głębokich zaburzeń podczas 40 sesji [1, 2].

W wielu światowych i krajowych ośrodkach psychoterapeutycznych trwa nieustająca dyskusja nad warunkami psychoterapii. Jedno z pytań, na które dotąd nie znaleziono klarownej odpowiedzi, dotyczy czasu trwania terapii. Ograniczenie czasu leczenia wynika w znacznej części z powodów ekonomicznych. Można jednak spojrzeć na ten problem jeszcze inaczej. Dla większości pacjentów nerwicowych świadomość ram czasowych może mobilizować ich siły psychiczne do podjęcia aktywnego wysiłku w proces terapeutyczny. Dla pewnego typu pacjentów, u których lęk przed bliskim kontaktem emocjonalnym jest zbyt wielki — świadomość „kontraktowości” związku z określonym jego końcem zmniejsza niepokój [2]. Jednak z drugiej strony, sztywne i odgórne narzucenie ram czasowych terapii już w momencie przyjmowania pacjenta na oddział może w nim rodzić frustrację, zniechęcenie i spadek motywacji.

Problem określenia ram czasowych w terapii krótkoterminowej stał się czynnikiem szczególnie nas interesującym. Po przeanalizowaniu dostępnych materiałów zadaliśmy sobie następujące pytania: Czy psychoterapia jest skuteczna? Czy zmieniła się efektywność terapii w związku ze zmianami organizacyjnymi, jakie zaszły w 1996 r. w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Nerwicy przy Specjalistycznym Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. J. Babińskiego (WOLN) w Krakowie? A jeśli się zmieniła to, jakie czynniki mogły na to wpłynąć?

Metoda badań

Badania oparto na ocenie efektów terapii dwóch grup pacjentów leczonych w WOLN w Krakowie. Wszyscy mieli rozpoznanie zaburzeń lękowych (nazwa rozpoznania zmieniła się w zależności od zmian w systemach klasyfikacyjnych, jakie zachodziły w latach 1990–2000). Pacjenci z grupy I byli poddani, w latach 1990–1995, terapii, której ramy czasowe nie były sztywno i ogólnie ustalone. Czas trwania terapii pacjentów z grupy II, leczonych w latach 1997–2000, był z góry narzucony w momencie przyjęcia na oddział i wynosił 10 tygodni. W obu grupach, półotwartych, była prowadzona terapia o orientacji eklektycznej z elementami psychodynamicznymi. W ocenie skuteczności leczenia wzięto pod uwagę wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, nerwicy lękowej lub zespołu lękowego. Wykorzystano wyniki 45 osób z każdej z grup. Grupy nie różniły się pod względem rozkładu płci (w każdej 34 kobiety i 11 mężczyzn).

Do oceny efektów leczenia wykorzystano wartości Kwestionariusza Objawowego „O” oraz wartości WDN (wskaźnik dezintegracji nerwicowej) i WDO (wskaźnik dezintegracji osobowości) określonych na podstawie wyników testu 16 PF Cattella. Testy przeprowadzono przed rozpoczęciem leczenia i po leczeniu (w grupie I kwestionariusz 16 PF Cattella wypełniło 41 osób).

Zmianę w zakresie objawów oraz zmianę osobowości wyrażono za pomocą współczynników obliczonych według następującego wzoru:

$$\frac{(\text{suma punktów przed leczeniem} - \text{suma punktów po leczeniu})^2}{\text{większa z tych wartości} \times \text{wartość maksymalna}}$$

Różnica między tak obliczonymi wynikami pomiaru przed leczeniem i po leczeniu wyrażająca się w tysięcznych, uznawana była za brak zmiany, różnica wyrażająca się w setnych — jako niewielka poprawa (znak +) lub jako niewielkie pogorszenie (znak -), różnica wyników wyrażona w dziesiętnych — jako znaczna poprawa (znak +) lub jako znaczne pogorszenie (znak -) [3]. W pracy zastosowano również kategorię „poprawa”, która jest sumą znacznych i niewielkich popraw. W zakresie zmian objawów, za pacjentów wyleczonych uznawano tych, którzy w Kwestionariuszu Objawowym „O” po leczeniu uzyskali nie więcej niż 200 pkt w przypadku kobiet i nie więcej niż 165 pkt w przypadku mężczyzn. W zakresie zmian osobowości jako granicę normy dla WDN i WDO przyjęto 10.

Obie grupy porównano pod względem zmian w zakresie objawów oraz zmian osobowości:

I Zmiany objawowe:

Początkowo do porównania efektów leczenia w zakresie objawów zastosowano sam

współczynnik objawowy XO (tabela 1). Następnie pacjentów ze znaczną i niewielką poprawą podzielono dodatkowo na tych, u których doszło do wyleczenia i tych, u których pełne wyleczenie nie nastąpiło (tabela 2).

II Zmiany osobowości:

W celu określenia zmian osobowości zastosowano współczynniki, które zostały obliczone na podstawie wartości WDN i WDO przed leczeniem i po leczeniu. Sposób ich obliczenia był analogiczny, jak w przypadku współczynnika objawowego. Początkowo porównano obie grupy na podstawie wyłącznie owych współczynników (tabela 3 i 4). Następnie pacjentów, u których wystąpiła poprawa, podzielono na tych, u których wskaźnik dezintegracji odpowiednio nerwicowej lub osobowości, mierzony na końcu leczenia, był mniejszy lub równy 10 (a więc był w normie) oraz na tych, u których wartość odpowiedniego wskaźnika była powyżej 10 (a więc poza normą) (tabela 5 i 6). W celu porównania uzyskanych wyników pod względem statystycznym zastosowano test dwustronny dla dwóch wskaźników struktury (tzw. test dla odsetków). Uwzględniono przy tym trzy różne poziomy istotności: 0,05, 0,02 i 0,01. Skrót NS zastosowany w tabelach oznacza różnicę nieistotną statystycznie. Istotności statystyczne ustalono na podstawie testu różnicy pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury, który jest pochodnym testu Chi². Badanie wykonano w programie „Statistica PL” w module: statystyki podstawowe, inne testy istotności.

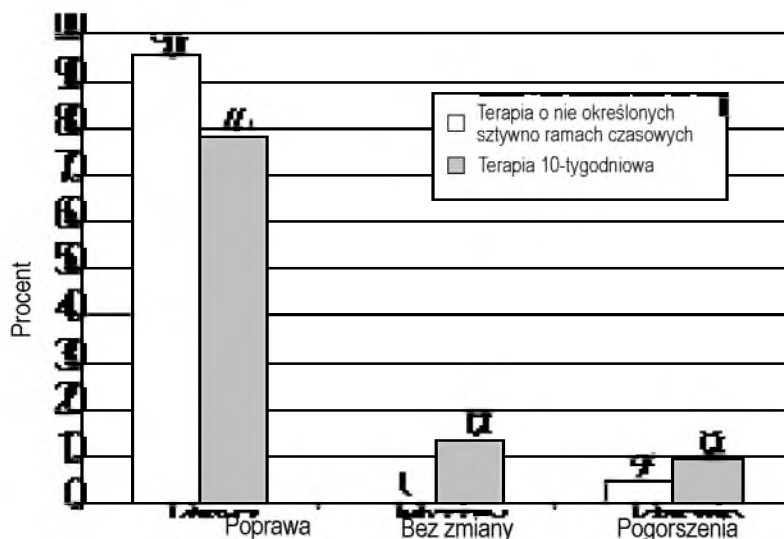
III W pracy porównano również obie grupy pacjentów pod względem stopnia nasilenia objawów i zaburzeń osobowości w momencie zgłoszenia się do leczenia. W tym celu dla każdej z grup obliczono średnią wartość wyników w Kwestionariuszu Objawowym „O” wypełnionym na początku terapii oraz średnią wartość wskaźników WDN i WDO określonych na podstawie wyników testu 16 PF Cattella, również przeprowadzonego na początku terapii (tabela 7).

Wyniki badań

I Porównanie skuteczności terapii o nieustalonym z góry czasie trwania (grupa I)

Tabela 1

	GRUPA I (N=45)	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
Znaczna poprawa	77,8%	64,4%	NS
Niewielka poprawa	17,8%	13,3%	NS
Brak zmiany	0%	13,3%	p<0,02
Niewielkie pogorszenie	4,4%	6,7%	NS
Znaczne pogorszenie	0%	2,2%	NS
Poprawa (całkowita)	95,6%	77,7%	p<0,02



Rys. 1 Porównanie skuteczności terapii o nie określonych sztywno ramach i terapii 10-tygodniowej na podstawie współczynnika objawowego X0 i terapii 10-tygodniowej (grupa II) pod względem zmian w zakresie dolegliwości:

A. Na podstawie samego współczynnika objawowego X0

Jak wynika z tabeli 1, w grupie I znacznie częściej dochodziło do złagodzenia dolegliwości. Ponadto w grupie I u wszystkich pacjentów wystąpiła co najmniej niewielka zmiana w zakresie objawów, podczas gdy w grupie II u ponad 13% pacjentów zanotowano brak zmiany. Może to świadczyć o dużej dynamice zmian w zakresie objawów w grupie I. Co więcej, zmiany te w ogromnej większości prowadziły do poprawy.

B. Na podstawie współczynnika objawowego X0 i końcowego wyniku

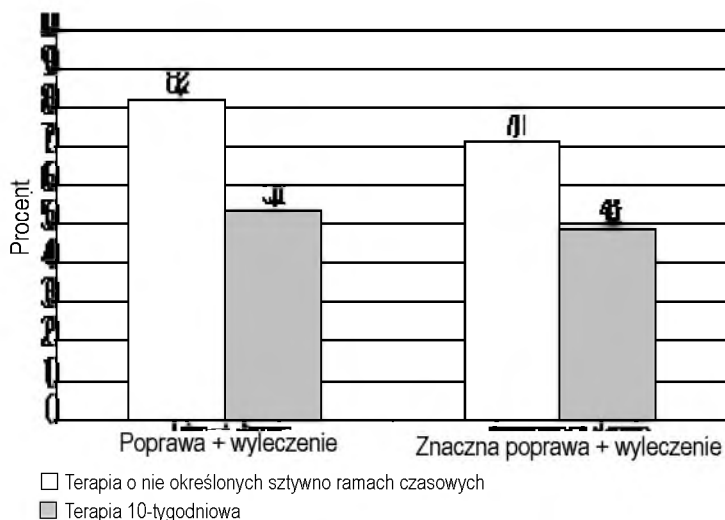
	GRUPA I (N=45)	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
ZP+wyleczenie	71,1%	48,9%	$p<0,05$
ZP+brak poprawy	6,7%	15,5%	NS
NP+wyleczenie	11,1%	4,4%	NS
NP+brak poprawy	6,7%	8,9%	NS
P+wyleczenie	82,2%	53,3%	$p<0,01$
P+brak poprawy	13,3%	24,4%	NS

w Kwestionariuszu Objawowym „O”:

Tabela 2

ZP — znaczna poprawa, NP — nieznaczna poprawa, P — poprawa

Wyniki tabeli 2 ukazują, iż w grupie I zdecydowanie częściej dochodziło u pacjentów do poprawy z jednoczesnym wyleczeniem, aniżeli w grupie II. Widać to zarówno wśród pacjentów ze znaczną, jak i z niewielką poprawą. Jest to różnica bardzo istotna pod wzglę-



Rys. 2 Porównanie skuteczności terapii o nie określonych sztywno ramach czasowych i terapii 10-tygodniowej na podstawie współczynnika objawowego X0 i końcowego wyniku w kwestionariuszu objawowym 0

dem statystycznym, co wskazuje na znacznie większą skuteczność psychoterapii o nie ustalonym z góry czasie trwania.

II Porównanie skuteczności terapii o nieustalonym z góry czasie trwania (grupa I) i terapii 10-tygodniowej (grupa II) pod względem zmian osobowości:

	GRUPA I (N=41)*	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
Znaczna poprawa	46,3%	42,2%	NS
Nieznaczna poprawa	29,3%	31,1%	NS
Brak zmiany	21,9%	22,2%	NS
Nieznaczne pogorszenie	0%	4,4%	NS
Znaczne pogorszenie	2,4%	0%	NS

A. Na podstawie współczynnika dezintegracji nerwicowej XX-N:

Tabela 3

* test Cattella wypełniło 41 osób

	GRUPA I (N=41)*	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
Znaczna poprawa	29,3%	33,3%	NS
Niewielka poprawa	24,4%	17,8%	NS
Brak zmiany	29,3%	37,8%	NS
Niewielkie pogorszenie	14,6%	11,1%	NS
Znaczne pogorszenie	2,4%	0%	NS

B. Na podstawie współczynnika dezintegracji osobowości XX-O:

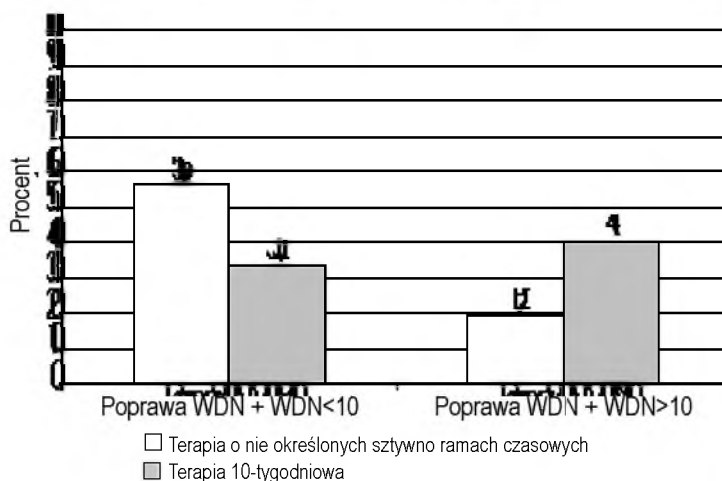
Tabela 4

* test Cattella wypełniło 41 osób

Z dwóch powyższych tabel widać, że obie grupy nie różnią się między sobą, jeśli chodzi o zmiany osobowości. Zarówno pod względem wskaźnika WDN, jak i WDO nie występują między nimi żadne różnice istotne statystycznie.

C. Na podstawie współczynnika dezintegracji nerwicowej XX-N i końcowego wyniku WDN w kwestionariuszu 16 PF Cattella:

	GRUPA I (N=41)	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
Poprawa UDN + UDN ≤ 10	56,1%	33,3%	p<0,05
Poprawa UDN + UDN > 10	19,5%	40,0%	p<0,05



Rys. 3 Porównanie skuteczności terapii o nie określonych sztywno ramach i terapii 10-tygodniowej na podstawie współczynnika dezintegracji nerwicowej XX-N i końcowego wyniku WDN w kwestionariuszu 16 PF Cattella

Tabela 5

D. Na podstawie współczynnika dezintegracji osobowości XX-O i końcowego wyniku WDO w kwestionariuszu 16 PF Cattella:

	GRUPA I (N=41)	GRUPA II (N=45)	Poziom istotności
Poprawa UDO + UDO ≤ 10	14,6%	8,9%	NS
Poprawa UDO + UDO > 10	39,0%	42,2%	NS

Tabela 6

Wyniki tabeli 5 ukazują, iż w grupie I częściej dochodziło u pacjentów do poprawy w zakresie dezintegracji nerwicowej z jednoczesnym spadkiem wartości wskaźnika WDN do granic normy. Zmiana ta jest istotna pod względem statystycznym i może przemawiać za większą skutecznością terapii w grupie I w zakresie zmian osobowości. W tabeli 6, podobnie jak w tabeli 5, uwzględniono wskaźnik WDO. Również i tutaj wyniki przemawiają

niewo na korzyść grupy I, aczkolwiek nie są to różnice istotne statystycznie.

III Porównanie grupy pacjentów przyjętych do leczenia o nie ustalonym z góry czasie jego trwania (grupa I) z grupą pacjentów poddanych 10-tygodniowej terapii (grupa II) pod względem stopnia nasilenia objawów i zaburzeń osobowości w momencie rozpoczynania leczenia:

	GRUPA I	GRUPA II
Głębokość zaburzeń w kwestionariuszu Objawowym „O”	385	402
Głębokość zaburzeń WDN	106	134
Głębokość zaburzeń WDO	145	187

Tabela 7

Jak wynika z powyższej tabeli, pacjenci w grupie II wykazywali średnio większe nasilenie objawów, mieli wyższe wyniki WDN i WDO (średnie dla całej grupy) oraz bardziej zaburzoną osobowość, biorąc pod uwagę zarówno wskaźnik dezintegracji nerwicowej, jak i osobowości.

Wnioski

Pod względem zmian w zakresie objawów w grupie I zdecydowanie częściej dochodziło zarówno do poprawy, jak i do wyleczenia w porównaniu z grupą II. Są to różnice bardzo istotne statystycznie. Na uwagę zasługuje również fakt, iż w grupie I u żadnego z pacjentów wynik Kwestionariusza Objawowego „O”, wypełnionego na końcu terapii, nie był zbliżony do wyniku z początku terapii, co może świadczyć o dużej dynamice zmian.

Pod względem zmian osobowości wyniki w obu grupach są do siebie zbliżone, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę wyłącznie współczynnik dezintegracji nerwicowej (XX-N) i współczynnik dezintegracji osobowości (XX-O). Jednak, gdy się uwzględni również wartość bezwzględna wskaźnika WDN, uzyskanego na końcu terapii, okazuje się, iż w grupie I częściej dochodziło do poprawy w zakresie dezintegracji nerwicowej z jednoczesnym spadkiem wartości owego wskaźnika do granic normy.

Podsumowując, można stwierdzić, że wyniki badań wyraźnie pokazują większą skuteczność terapii, której ramy czasowe nie były sztywno określone. Różnica ta jest głównie widoczna w zakresie zmian dolegliwości, ale także, choć w niewielkim stopniu, w obrębie zmian osobowości, biorąc pod uwagę WDN.

Dyskusja

Obie grupy nie różniły się między sobą ani pod względem liczebności, ani pod względem rozkładu płci. Co ciekawe, czas trwania terapii w grupie I wahał się w granicach od 8 do 12 tygodni, a więc był bardzo podobny, a niekiedy wręcz identyczny z czasem trwania terapii w grupie II (terapii 10-tygodniowej).

Nasuwa się tym samym pytanie: skoro nie czas trwania to, jakie inne czynniki zadecydowały o lepszej efektywności terapii, której długość nie była z góry narzucona?

Można to próbować wytłumaczyć faktem, iż w momencie rozpoczynania leczenia pacjenci w grupie II wykazywali większe nasilenie dolegliwości oraz mieli bardziej

nasilone zaburzenia osobowości w stosunku do pacjentów w grupie I. Różnice te były jednak niewielkie, a ponadto skuteczność terapii w obydwu grupach była mierzona za pomocą odpowiednich współczynników, których sposób obliczenia minimalizuje wpływ bezwzględnej wartości kwestionariuszy na ocenę efektu terapii.

Kolejnym czynnikiem, który mógłby w pewnym stopniu tłumaczyć różną skuteczność obydwu terapii, jest fakt, iż były one prowadzone w różnych latach, a co za tym idzie — także, w większości, przez innych terapeutów. Zmiany w składzie terapeutów odbywały się jednak powoli i stopniowo. Ponadto istnieje koncepcja, która głosi, iż głównym czynnikiem leczącym jest instytucja (w tym przypadku jest to Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic w Krakowie), a ta zarówno w grupie I, jak i w grupie II była ta sama, pomimo zmiany składu terapeutów. Idąc za powyższym, można przypuszczać, że fakt prowadzenia terapii przez różnych terapeutów nie miał większego wpływu na różnice w ich efektywności.

Głównej przyczyny różnicy w skuteczności leczenia badanych grup autorzy upatrują w kwestii zawierania kontraktu terapeutycznego oraz samej świadomości (zarówno pacjentów, jak i terapeutów) na temat istnienia ram czasowych terapii.

W latach 1990–1995, kiedy to byli leczeni pacjenci z grupy I, czas trwania terapii był niejako pochodną uzgodnień, dotyczących celów leczenia i wstępnej orientacji w charakterze zaburzeń. Na czwartym spotkaniu, po dokonanych wcześniej badaniu psychiatrycznym, ogólnolekarskim i psychologicznym, odbywała się konsultacja. Na niej to właśnie dochodziło do zawarcia kontraktu terapeutycznego oraz podejmowano wstępną decyzję o czasie trwania terapii. Termin zakończenia całej terapii nie był sztywno określany i mógł ulegać modyfikacjom w trakcie jej trwania.

W 1996 roku wprowadzono ograniczenie czasu trwania terapii. W konsekwencji każdy pacjent, niezależnie od stopnia nasilenia zaburzeń oraz uzgodnionych w kontrakcie celów leczenia, nie mógł być leczony dłużej niż 10 tygodni. Tym samym, terapeuci zostali w dużym stopniu pozbawieni autonomii oraz możliwości samodzielnego podejmowania decyzji. Świadomość odgórnie narzuconych ram czasowych mogła rodzić zarówno u pacjentów, jak i u terapeutów liczne frustracje, zniechęcenie i spadek motywacji. Przypuszczalnie zmniejszało to również zaangażowanie terapeutów, którzy bardziej sugerowali się terminem zakończenia terapii, aniżeli prawdziwymi potrzebami pacjenta. Pozornie mogło to ułatwiać proces leczenia, jednak w rzeczywistości w znaczący sposób wpływało na pogorszenie relacji terapeutycznej, a w konsekwencji na spadek efektywności terapii. Z drugiej strony — u wielu pacjentów nerwicowych, świadomość tak ustalonych ram czasowych może mobilizować ich siły psychiczne do podjęcia aktywnego wysiłku w proces terapeutyczny. Ponadto świadomość „kontraktowości” związku z określonym jego końcem może u nich zmniejszać niepokój [3].

Nie można wykluczyć, że o różnicy w skuteczności terapii w obu badanych grupach zadecydowały w większym stopniu inne czynniki, aniżeli wyżej opisane. Wymaga to jednak dysponowania znacznie większą liczbą danych oraz większymi możliwościami obliczeniowymi niż te, którymi dysponowali autorzy.

Tak czy inaczej, powyższa praca zwraca uwagę na problem określania ram czasowych w terapii krótkotrwałej. Jednocześnie wyniki przeprowadzonych badań ukazują, iż sztywne ingerencje w proces terapeutyczny (np. w wyniku zmian organizacyjno-administracyjnych) pociągają za sobą określone skutki. A to, z kolei, najbardziej odczuwają pacjenci.

The study examined effectiveness of psychotherapy in two groups of patients with anxiety disorders. Authors compared results of treatment in two 45-patients groups. The first group treated from 1990 to 1995 was under the unlimited time of treatment and the second one (treated from 1997 to 2000) was under predicted (10 weeks) unchangeable time of treatment. The study shows that effectiveness of psychotherapy in a group where the length of therapy was unlimited is higher.

1. Malan DH. *Therapeutic Factors in Analytically Oriented Brief Psychotherapy*. London: Tavistock Publications; 1973.
2. Pawlik J. *Psychoterapia analityczna*. Warszawa: PWN; 1993.
3. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.

Adres autorów: Studenckie Koło Naukowe, Katedra Psychoterapii CM UJ
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
bartpuk@polbox.com

